STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 14249
1 juni
2015

Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Nr. C2014.379

Beslissing in de zaak onder nummer C2014.379 van:
A., psychiater, werkzaam te B., appellant, verweerder in eerste aanleg, gemachtigde: mr. F. Lijffijt, advocaat te Zwolle,
tegen
C., wonende te B., verweerster in hoger beroep, klaagster in eerste aanleg, gemachtigde: mr. R. Oude Breuil, advocaat te Almelo.

1. Verloop van de procedure

C. – hierna klaagster – heeft op 8 juli 2013 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen A. – hierna de psychiater – een klacht ingediend. Bij beslissing van 1 augustus 2014, onder nummer 192/2013, heeft dat College aan de psychiater de maatregel van waarschuwing opgelegd. De psychiater is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. Klaagster heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend. De psychiater heeft bij brief van 16 februari 2015 productie 4 in het geding gebracht.
De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 5 maart 2015, waar zijn verschenen de psychiater, bijgestaan door
mr. F. Lijffijt voornoemd. Klaagster en mr. Oude Breuil zijn, met kennisgeving vooraf, niet verschenen.
Op verzoek van de psychiater is als deskundige gehoord
D., psychiater.
Mr. Lijffijt heeft de standpunten van de psychiater toegelicht aan de hand van pleitnotities die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd:

"(...)
2. DE FEITEN
Op grond van de stukken, waaronder het dossier van klaagster, en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.
Klaagster, geboren in 1965, was sinds 2005 klinisch en poliklinisch in behandeling bij het team persoonlijkheidsproblematiek van E. in B. Verweerder was sinds 2006 behandelend psychiater van klaagster. Daarnaast was verweerder geneesheer directeur bij E.
De persoonlijkheidsproblematiek van klaagster werd gediagnosticeerd als zijnde een borderline persoonlijkheidsstoornis met forse impulsiviteit en klaagster had een voorgeschiedenis met meerdere ernstige suïcidepogingen (TS) en forse automutilatie. Naast persoonlijkheidsproblematiek was er bij klaagster sprake van een depressieve stoornis die in ernst wisselde en zich uitte in somberheid, verminderde interesse en geen toekomstperspectief kunnen zien. Verder had klaagster problemen binnen de primaire steungroep. Het risico op een ernstige TS werd in juli 2012 hoog ingeschat.
De poliklinische behandeling binnen E. bestond uit steunende en structurerende therapie middels een wekelijks contact met een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, de verpleegkundigen F. of G. Verder had klaagster maandelijks contact met verweerder voor onder meer de farmacotherapie. Klaagster gebruikte onder andere sedativa en antipsychotica. Bij een dreigende crisis had klaagster de mogelijkheid van een telefonisch contact (telefoon op recept, TOR), gebruik van een stoel voor gebruik van maximaal één dagdeel (stoel op recept, SOR), de mogelijkheid gebruik te maken van een bed voor verblijf van maximaal 24 uur (bed op recept, BOR) en de mogelijkheid gebruik te maken van een maaltijd op recept (MOR). Op 7 juni 2010 is deze behandeling getoetst door de begeleidingscommissie en is geadviseerd om de behandeling te handhaven.
Na het overlijden van de moeder van klaagster begin 2012 is klaagster vanwege de opgelopen spanning en de suïcidale gedachten een week opgenomen geweest bij E., een zogenaamde time-out opname.
Klaagster gaf aan dat zij steeds meer last had van de bijwerkingen van de medicatie en met name van de medicatie waardoor haar emoties werden afgevlakt. In overleg met verweerder is in april 2012 begonnen met de afbouw van de sedatieve en antipsychotische medicatie en is afgesproken om de afbouw van de medicatie te laten plaatsvinden op de open locatie van E. B. In dat verband

is klaagster van 2 juli 2012 tot en met 23 augustus 2012 opgenomen geweest op locatie H. van E. te B.
Klaagster is tijdens die opname ook begeleid ten aanzien van dagstructuur (klaagster is aangemeld voor dagbesteding op een zorgboerderij) en financiën. De poliklinische behandeling is na haar ontslag voortgezet.
Op 30 augustus 2012 noteerde de verpleegkundige F. dat de suïcidale gedachten thuis de overhand kregen. "Zij heeft hier nog wel controle op maar wil toch graag dat ik haar voorraad tabletten meeneem. Zij vertrouwd zichzelf hier niet mee. (...) Ik heb de medicatie meegenomen en ingeleverd bij de apotheek."
Op 31 augustus en op 2 september 2012 heeft klaagster gebruik gemaakt van SOR en MOR.
Klaagster heeft op 3 september 2012 contact opgenomen met de verpleegkundige F. Zij noteerde in het dossier; "Het gaat niet goed met (klaagster); erg veel last van stemmen. gedachten aan suicide kan zichzelf wel onder controle houden. lijkt ook angst mee te spelen voor starten zorgboerderij. Bij contact opnemen zorgboerderij blijkt er een misverstand te zijn over de startdatum. Eerst moet er blijkbaar een officiële intake plaatsvinden en die heeft nog niet plaatsgevonden. Volgende week zou (klaagster) dan kunnen starten."
F. heeft klaagster geadviseerd zich niet op te sluiten en onder de mensen te blijven. Klaagster heeft dat op 3 september 2012 nog gedaan maar op 4 september 2012 is klaagster in bed gaan liggen.
Op 4 september 2012 werd verweerder gebeld door de verpleegkundige G. Zij vertelde hem dat ze bij klaagster thuis was en dat klaagster dreigde haar met een groot slagersmes te doden en daarna zichzelf. Verweerder vroeg klaagster telefonisch te spreken maar dat wilde klaagster niet. Verweerder heeft vervolgens 112 gebeld. De politie is het huis binnengetreden door een raam in te slaan. De politie kon klaagster afleiden waarna een tafel is geschoven tussen klaagster en de verpleegkundige G. zodat klaagster overmeesterd kon worden. De politie heeft klaagster vervolgens meegenomen naar het arrestantencomplex. De verpleegkundige G. heeft bij de politie aangifte gedaan.
Verweerder heeft de medicatielijst van klaagster door laten geven aan de GGD-arts I. Verder heeft verweerder de GGD-arts geïnformeerd over het beleid van E. met betrekking tot klaagster.
Een psychiater van J. heeft, op verzoek van verweerder, buiten kantoortijd de toestand van klaagster beoordeeld in het kader van een eventuele IBS. Deze zag "een patiënte die aanspreekbaar en helder in contact is. Geeft aan een wegraking te hebben gehad en niet te weten wat zij heeft gedaan. (...) Patient wil wel opgenomen worden, vrijwillig dus voor nu geen IBS criteria. Suicidaliteit komt erg manipulatief over, patiënte geeft aan niet voor zichzelf in te staan."
SPV/voorwacht K. van E. heeft vervolgens de situatie kortgesloten met psychiater/achterwacht L. K. noteerde: "Zij is van mening dat patiente dan toch vrijwillig opgenomen moet worden binnen E. ivm suicidaliteit."
De dienstdoende psychiater van E. B. heeft vervolgens overleg gehad met de dienstdoende psychiater van E. M. om te overleggen of vrijwillige opname aldaar mogelijk was. Omdat een vrijwillige opname naar het oordeel van de dienstdoende psychiater van E. M. slechts een schijnveiligheid zou bieden is daartoe niet besloten en is besloten klaagster niet op te nemen. Klaagster is door de politie heengezonden.
Op 5 september 2012 heeft klaagster contact gezocht met de verpleegkundige F. Deze heeft voor klaagster een telefonische afspraak ingepland bij verweerder later op die dag.
Verder heeft die dag overleg plaatsgevonden waarbij verweerder aanwezig was als geneesheer-directeur en als beleid is afgesproken:
"– Patiënte is voorzien van voldoende medicatie
– Geen behandeling door verpleegkundige
– Ze krijgt een terreinverbod voor E.
– Op dit moment geen opname-indicatie, geen SOR en geen eten op H., wel beperkte TOR
– Heeft a.s. vrijdag een belafspraak met (verweerder)
– Beoordelingsvraag niet zonder veiligheid van de politie. Als politie niet wil dan geen beoordeling
– Op dit moment is er geen vrije zorgvuldige blik op haar
– BVK geen IBS bij deze chronisch suïcidale vrouw"
Het terrein verbod was voor de duur van twee maanden.
Verweerder had diezelfde dag contact met klaagster tijdens zijn telefonisch spreekuur. Hij noteerde: "(.) Met Pte besproken dat gezien alle ontwikkelingen het niet goed is als ze opgenomen wordt omdat de emoties bij de verpleging hoog zijn waardoor zij niet de zorg krijgt die misschien wel nodig is. Er is niet voldoende emotionele afstand om nu zorg te bieden. Komen op de polikliniek is geen optie vanwege emoties bij collega's die dit teweeg zal brengen. Vanuit veiligheidsoverwegingen is het niet mogelijk om huisbezoekt te doen of klinisch verblijf of SOR aan te bieden. Op dit moment is in afwachting van de juridische afhandeling het alleen maar mogelijk telefonisch contact te hebben waarbij het moeilijk zal zijn vanuit de verontwaardiging ook nog zorg, steun en advies te bieden.(...)"
Verweerder heeft de medicatie voor klaagster ongewijzigd gelaten en de medicatieverstrekking via het baxtersysteem laten continueren. Verweerder heeft met klaagster een afspraak gemaakt voor

een telefonisch vervolgcontact over twee dagen en gecheckt of zij voldoende medicatie had, hetgeen het geval was.
Verweerder heeft de farmacotherapeutische behandeling van klaagster overgedragen aan de huisarts van klaagster. De medicatieverstrekking verliep via de apotheek. De huisarts van klaagster heeft op 7 september 2012 met verweerder overlegd over de medicatie van klaagster. Verweerder heeft de huisarts geadviseerd klaagster sedatieve medicatie te verstrekken voor de nacht.
Op 7 september 2012 heeft verweerder weer telefonisch contact gehad met klaagster en haar verteld dat de zorg zou worden overgedragen aan N. Verweerder heeft hierna geen contact meer gehad met klaagster.
Op 11 september 2012 is klaagster aangemeld bij N. met het verzoek tot zeer spoedige overname van de casus. Bij brief van 17 september 2012 heeft N. E. geïnformeerd dat klaagster op 10 oktober 2012 was uitgenodigd voor een intakegesprek. E. bleef tot die tijd verantwoordelijk voor de crisisdienst. Vanaf 22 december 2012 is de zorgverlening bij N. gestart.
In het kader van de strafzaak heeft de psychiater O. klaagster onderzocht en een Pro Justitia rapport uitgebracht. Zijn conclusie was dat klaagster ten tijde van het plegen van het delict sterk verminderd toerekeningsvatbaar was vanwege de stem in haar hoofd waarvan zij wel wist dat die uit haar hoofd kwam en niet echt een man was die haar beval zichzelf en een ander dood te maken, maar waaraan klaagster geen weerstand kon bieden. Hij acht van belang dat de antipsychotische medicatie was afgebouwd waardoor de stem zich meer aan haar kon opdringen dan wanneer klaagster die medicatie wel had gehad.
Op 8 februari 2013 is de strafzaak van klaagster behandeld bij de Rechtbank P. te B. Omdat het Openbaar Ministerie per brief aan de advocaat van klaagster had laten weten dat de zaak geseponeerd was heeft de politierechter het OM niet-ontvankelijk verklaard.
De uitspraak leidde tot collectieve verontwaardiging bij het hulpverleningsteam van E. en verweerder achtte daardoor een verstoring van het behandelklimaat binnen E. mogelijk. Verweerder heeft daarop klaagster bij brief van 12 februari 2013 voor de tweede keer een terreinverbod opgelegd, nu voor de duur van 1 jaar.
Op 26 maart 2013 heeft verweerder een gesprek gehad met klaagster en haar gemachtigde. Na dit gesprek heeft verweerder bij brief van 27 maart 2013 het terreinverbod ingetrokken en enkele afspraken gemaakt over de toegang van klaagster tot gebouwen en terrein van E. B.

3. *HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT*
   Klaagster verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat:
   1. *hij op 4 september 2012 ten onrechte met onmiddellijke ingang alle geestelijke hulp heeft gestaakt en*
   2. *dat hij ten onrechte op 12 februari 2013 klaagster een gebouw- en terreinverbod heeft opgelegd.*
4. *HET STANDPUNT VAN VERWEERDER*
   Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hem geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt nu hij aan klaagster de zorg heeft verleend die van een redelijk handelend en redelijk bekwaam psychiater en directeur zorg mag worden verwacht.
   De klacht die ziet op het terreinverbod dient naar het oordeel van verweerder primair niet-ontvankelijk te worden verklaard omdat de klacht niet valt onder de tweede tuchtnorm nu het terreinverbod losstaat van enige individuele gezondheidszorg jegens klaagster. Subsidiair mist die klacht feitelijke grondslag en dient deze als (kennelijk) ongegrond te worden afgewezen.
5. *DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE*
   5.1
   Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.
   5.2
   Gelet op de formulering van de klacht is in deze casus slechts een tweetal aspecten aan het college ter beoordeling voorgelegd. Ten eerste betreft dat de vraag of verweerder bij de beëindiging van de behandelingsovereenkomst met klaagster de nodige zorgvuldigheidseisen in acht heeft genomen. Het opzeggen van de behandelingsovereenkomst zelf maakt geen onderdeel uit van de klacht. Het college geeft daar dan ook geen oordeel over. Ten tweede betreft de klacht het terreinverbod dat verweerder op 12 februari 2013 aan klaagster heeft opgelegd.
   5.3
   Betreffende de zorgvuldigheid van verweerders handelen in het licht van de opzegging van de behandelingsovereenkomst overweegt het college het volgende.
   In artikel 460 van de WGBO is bepaald dat de hulpverlener, behoudens gewichtige reden de behandelingsovereenkomst niet kan opzeggen. De KNMG-richtlijn "niet aangaan of beëindigen van een behandelingsovereenkomst" uit 2005 geeft verder invulling aan het begrip gewichtige redenen en geeft aan dat bij die opzegging de nodige zorgvuldigheidseisen in acht dienen te

worden genomen. Die zorgvuldigheidseisen zien, gegeven de opzegging, met name op het waarborgen van de continuïteit van de zorgverlening.

5.4

Bij klaagster is sprake van ernstige psychiatrische problematiek. Zij is bekend met diverse ernstige suïcidepogingen en opnames in een psychiatrisch ziekenhuis. Ten tijde van het incident van 4 september 2012, dat heeft geleid tot het opzeggen van de behandelingsovereenkomst, had klaagster een bewogen periode achter de rug. Begin 2012 was haar moeder overleden. Dit overlijden had een dermate impact gehad op klaagster dat zij voor een time-out een week opgenomen was geweest. Op 23 augustus 2012 was klaagster ontslagen uit de kliniek nadat haar medicatie was afgebouwd. Niet duidelijk is geworden of rond dat ontslag een psychiatrische beoordeling van klaagster heeft plaatsgevonden. Uit het dossier is wel duidelijk geworden dat het na het ontslag met klaagster nog niet zo goed ging. Zij meldde continu de aanwezigheid van suicidale gedachten waar zij in toenemende mate hinder van had. Verder was klaagster angstig vanwege het starten van de dagbesteding op de zorgboerderij en er was sprake van een misverstand over het starten van die dagbestedeing.

5.5

Op 4 september 2012 heeft het bedreigingsincident in de woning van klaagster plaatsgevonden. Verweerder heeft tijdens dit incident verpleegkundige G. aan de telefoon gehad, waarbij hij wat van het gesprek tussen G. en klaagster heeft meegekregen. Verweerder heeft klaagster op 4 september 2012 niet zelf gesproken. Na het incident is klaagster meegenomen door de politie en ingesloten. Verweerder heeft de medicatielijst van patiënte door laten geven aan de GGD. Daar heeft een psychiater van J. beoordeeld of klaagster gedwongen moest worden opgenomen. Omdat klaagster vrijwillig opgenomen wilde worden bestond er naar diens oordeel geen indicatie voor een gedwongen opname (IBS). Daarna is nog discussie geweest over een vrijwillige opname maar daartoe is na overleg niet besloten en is klaagster heengezonden. Verweerder was bij deze besluitvorming niet betrokken.

5.6

De volgende dag heeft verweerder vernomen dat klaagster weer thuis was.

Verweerder heeft ter zitting verklaard dat hij van oordeel was dat klaagster justitieel opgenomen had moeten worden. Wat daar ook van zij, dat was niet gebeurd en nu de behandeling niet door een andere instantie was overgenomen, was E. B., en in het bijzonder verweerder, er verantwoordelijk voor dat bij het opzeggen van de behandelingsovereenkomst de noodzakelijke zorgvuldigheid in acht genomen zou worden. In dit licht zal het college de door verweerder genomen stappen beoordelen.

5.7

Verweerder heeft contact opgenomen met de huisarts van klaagster. Klaagster had haar huisarts toen al bezocht. Verweerder heeft met de huisarts de medicatie van klaagster besproken, afgesproken dat het medicatiebeleid door de huisarts tijdelijk zou worden overgenomen en hem gezegd dat hij bij problemen kon bellen met verweerder.

Verder heeft verweerder op 5 september 2012 telefonisch met klaagster gesproken. Hij heeft haar verteld dat de zorg voor haar, zoals hierboven beschreven, zou worden beperkt. In feite bestond deze zorg alleen nog maar uit telefonisch contact en daarbij is aan klaagster aangegeven dat zelfs dat telefonisch contact vanuit de verontwaardiging van de hulpverleners moeilijk zou zijn.

Verder is de behandeling van klaagster overgedragen aan N. Bij brief van 17 september 2012 heeft N. E. geïnformeerd dat klaagster op 10 oktober 2012 voor een intakegesprek zou komen. Wel bleef E. nog verantwoordelijk voor de zorg geleverd door de eigen crisisdienst.

5.8

Het college is van oordeel dat verweerder als behandelend psychiater met de hierboven aangeduide handelingen en vervolgstappen met betrekking tot de zorg aan klaagster niet voldoende zorg heeft gedragen voor de continuïteit van de zorgverlening aan klaagster.

Na het incident van 4 september 2012 is, op het moment dat klaagster was ingesloten op het politiebureau, gesproken over het wel of niet (gedwongen) opnemen van klaagster. Nadat hiertoe niet is overgegaan, heeft ten onrechte geen nadere en grondige psychiatrische beoordeling van klaagster plaatsgevonden. Het korte telefonisch contact dat verweerder tijdens het incident had met G., waarbij hij aan de hand van het gesprek dat hij hoorde dat zij had met klaagster een inschatting maakte over de realiteitszin van klaagster, kan niet als zodanig gelden. Het college is van oordeel dat verweerder het als professional had moeten opbrengen om klaagster vis a vis psychiatrisch te onderzoeken en te beoordelen, het liefst daags na het incident maar in ieder geval zo snel als mogelijk nadat duidelijk was geworden dat klaagster niet meer in het juridisch circuit verbleef, om zich een adequaat oordeel te vormen over het verdere beleid. Het college neemt daartoe in aanmerking dat verweerder klaagster al zeven jaar in behandeling had, waarbij klaagster vanuit haar chronische suïcidaliteit diverse ernstige suïcidepogingen had ondernomen. Voorts heeft klaagster zich nooit eerder agressief gedragen (zoals verweerder ter zitting verklaarde) en was volgens verweerder, de agressie – toch – onderdeel van klaagsters stoornis. Daarbij had klaagster al aangegeven dat ze zich niet kon herinneren hoe dit had kunnen gebeuren en dat zij dit nooit had gewild. Voorts vertelde verweerder dat klaagster naar zijn mening voor het eerst

stemmen hoorde, een nieuw symptoom op dat moment. Een en ander in onderlinge samenhang beschouwd maakt dat een integraal psychiatrisch consult had dienen plaats te vinden waar verweerder ten onrechte meende dat het -indirecte, namelijk via G.- telefoongesprek volstond ter beoordeling van de toestand van klaagster. Bovendien had verweerder veiligheidsmaatregelen kunnen treffen bij dat te verrichten consult.
Verder is, zonder dat psychiatrisch onderzoek had plaatsgevonden, de psychiatrische zorg voor klaagster in overleg met verweerder bijna helemaal afgebouwd. Klaagster was dan wel voor verdere zorg aangemeld bij N. maar verweerder kon weten dat psychiatrische instellingen wachttijden hebben en dat werd hem bij brief van 17 september 2012 van N. bevestigd. De afspraak voor de intake was pas gepland op 10 oktober 2012. Evenmin heeft verweerder kunnen aangeven dat er concrete afspraken waren gemaakt met N. over de continuïteit van de zorgverlening aan klaagster in de overgangsperiode.
De wekelijkse contacten met de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen waren gestopt. Verweerder heeft aangevoerd dat er nog wel ondersteunende psychiatrische hulp was voor klaagster vanuit de RIBW en de thuiszorg. Deze hulp is echter van een zodanig andere aard dan hulp van een sociaal psychiatrische verpleegkundige dat die niet als adequate vervanging kan worden aangemerkt. Datzelfde heeft te gelden voor de zorg door de huisarts. Een huisarts is nu eenmaal geen psychiater, zelfs niet als deze -zoals verweerder ter zitting nog aanvoerde- ervaring heeft met werken in een psychiatrische kliniek.
Daaraan doet niet af dat nog wel een beroep kon worden gedaan op de crisisdienst. De crisisdienst behoort pas in beeld te komen als reguliere zorg onvoldoende soelaas biedt.
Dit betekent dat het eerste klachtonderdeel gegrond is.
5.9
Met betrekking tot het terreinverbod van 12 februari 2013 overweegt het college het volgende. Verweerder heeft het terreinverbod aan klaagster opgelegd, zo verklaarde hij ter zitting, in het belang van de zorgverlening aan andere patiënten. Klaagster heeft desgevraagd ter zitting aangegeven dat zij het terreinverbod verschrikkelijk vond maar zij heeft niet aangegeven dat het terreinverbod haar gezondheid heeft geschaad of dat zij anderszins persoonlijk was getroffen door het terreinverbod.
Een tuchtklacht kan ingevolge artikel 4 van het Tuchtrechtbesluit BIG worden ingediend door een rechtstreeks belanghebbende. Nu klaagster door het terreinverbod niet in haar gezondheid is geschaad en ook overigens niet gebleken is dat klaagster door het terreinverbod persoonlijk is getroffen dient klaagster als niet rechtstreeks belanghebbende ten aanzien van dit klachtonderdeel te worden aangemerkt. Het verschrikkelijk vinden van het terreinverbod is daartoe onvoldoende, temeer daar klaagster inmiddels elders onder behandeling was. Klaagster dient dan ook ten aanzien van dit klachtonderdeel niet ontvankelijk te worden verklaard.
5.10
De conclusie is dat verweerder in de hierboven weergegeven zin tekortgeschoten is in de zorg voor de continuïteit van de zorgverlening aan klaagster bij het beëindigen van de behandelingsovereenkomst en dat het eerste klachtonderdeel derhalve gegrond is. Met betrekking tot het tweede klachtonderdeel is klaagster niet-ontvankelijk.
5.11
Bij het bepalen van de aan verweerder op te leggen maatregel heeft het college het volgende overwogen.
Hulpverleners moeten vaak onder moeilijke omstandigheden hun werk doen. Daarbij is geweld tegen hulpverleners een actuele, en het lijkt groeiende, zorg, waarbij het geweld zoals in deze casus naar voren is gekomen a-specifiek is te noemen omdat dit met name in het licht van een psychiatrische ziekte gezien moet worden en in die zin dus ook van een andere orde is.
Verder is er sprake geweest van een ongelukkige samenloop van omstandigheden doordat klaagster, anders dan verweerder verwachtte niet forensisch werd opgenomen noch in voorlopige hechtenis is geplaatst en bij dit besluit is verweerder niet betrokken geweest.
Ten slotte is gebleken dat verweerder zeker oog heeft gehad voor de continuïteit van de zorgverlening en heeft hij ter zitting verklaard dat hij, achteraf beschouwd bij de juistheid van de beslissingen die hij heeft genomen kanttekeningen heeft geplaatst, waarbij hij zich thans bewuster lijkt van de dualiteit van zijn positie als behandelend psychiater en geneesheer directeur. Dat siert hem. Het college is dan ook van oordeel dat de maatregel van waarschuwing passend is. Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal de beslissing op na te melden wijze worden bekendgemaakt.

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals deze zijn vastgesteld door het Regionaal Tuchtcollege en hiervoor onder "*2. De feiten*" zijn weergegeven.

4. Beoordeling van het hoger beroep

4.1 De psychiater kan zich niet verenigen met het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege dat hij ten onrechte met onmiddellijke ingang alle geestelijke zorg aan klaagster heeft gestaakt. Hij heeft daartoe aangevoerd dat hij conform de professionele standaard heeft gehandeld door alvorens de behandelingsovereenkomst te beëindigen een zorgvuldige afweging te maken, klaagster over deze afweging te informeren en zorg te dragen voor de voorzetting van medisch noodzakelijke zorg totdat klaagster onder de behandelverantwoordelijkheid van het FACT-team van N. viel.

4.2 Klaagster heeft gemotiveerd verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerping van het beroep.

4.3 Het Centraal Tuchtcollege stelt, in lijn met hetgeen het Regionaal Tuchtcollege onder 5.1 heeft overwogen, voorop dat bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen, wordt beoordeeld of het handelen van de beroepsbeoefenaar is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met hetgeen ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

4.4 In artikel 7:460 van het Burgerlijk Wetboek is bepaald dat de hulpverlener, behoudens gewichtige redenen, de behandelingsovereenkomst niet kan opzeggen. In de richtlijn "*Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelings-overeenkomst*" uit 2005 van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (hierna: KMNG) is nader invulling aan dit artikel gegeven. In die richtlijn is, voor zover hier van belang, vermeld dat de arts de behandelingsovereenkomst mag beëindigen, indien de patiënt zich onheus of agressief jegens de arts of anderen gedraagt, mits daarbij de volgende zorgvuldigheidseisen in acht worden genomen:

"(...)

– **Herhaaldelijk aandringen en waarschuwen.** Bij ernstige meningsverschillen over het gedrag van de patiënt of over de wijze waarop de patiënt de behandelingsovereenkomst naleeft, is het van belang dat de arts heeft aangedrongen op verandering. De arts maakt daarover schriftelijke afspraken en een aantekening in het dossier. De arts waarschuwt de patiënt dat als het gedrag niet verandert of de plichten niet worden nageleefd, de behandelingsovereenkomst wordt beëindigd.
– **Redelijke termijn voor beëindiging.** Als de arts met vermelding van redenen besluit de overeenkomst op te zeggen (waarvan een schriftelijke bevestiging aan de patiënt), neemt hij daarbij een redelijke termijn in acht. Welke termijn redelijk is, hangt af van de specifieke omstandigheden van het geval. In het algemeen zijn van belang: de ernst van de (medische) situatie van de patiënt en daarmee de afhankelijkheid van de zorg; de aard en duur van de arts-patiënt relatie; de aard van de instelling waar de patiënt verblijft en de duur van het verblijf; de termijn die nodig is om een aanvaardbaar alternatief van zorg (andere arts of instelling) te vinden. Ontslag met onmiddellijke ingang is alleen geoorloofd als sprake is van zeer dringende redenen, bijvoorbeeld bij uiterst agressief gedrag.

4.5 Klaagster lijdt aan een persoonlijkheidsproblematiek die is gediagnosticeerd als Borderline persoonlijkheidsstoornis met forse impulsiviteit. Zij heeft een voorgeschiedenis met meerdere ernstige suïcidepogingen en forse automutilatie. Sinds 2005 heeft klaagster poliklinisch onder behandeling gestaan van het team persoonlijkheidsproblematiek van E. B., welke behandeling laatstelijk bestond uit een wekelijks steunend en structurerende therapie door een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (hierna: SPV'er), farmacotherapie door de psychiater en de mogelijkheid voor een zogenaamde telefoon op recept (hierna: TOR), stoel op recept (SOR), bed op recept (BOR) en maaltijd op recept (MOR) bij E. B. De psychiater was tevens bij de behandeling van klaagster betrokken als Directeur Zorg Regio Q. bij E.

4.6 Op 4 september 2012 heeft een ernstig geweldsincident in de woning van klaagster plaatsgevonden, waarbij klaagster, naar later bleek onder invloed van een hallucinatie in het kader van haar stoornis, heeft gedreigd zichzelf en de SPV'er met een keukenmes te doden. De psychiater is telefonisch getuige van dit incident geweest. Hij heeft de politie ingeschakeld. De politie is vervolgens de woning binnengevallen, waarna klaagster is overmeesterd en overgebracht naar het arrestantencomplex.

4.7 Tussen partijen is niet in geschil dat voornoemd incident op basis van de onder 4.4 vermelde criteria grond kon zijn voor de beëindiging van de behandelingsovereenkomst, mits de daargenoemde zorgvuldigheidseisen in acht zijn genomen. Als door de arts gesteld en door klaagster niet, althans onvoldoende weersproken moet worden aangenomen dat de psychiater teneinde aan deze eisen te voldoen heeft gehandeld als volgt.

4.8 Na de arrestatie van klaagster heeft de psychiater de medicatielijst van klaagster doorgegeven aan de GGD-arts die gedurende de arrestatie voor klaagster verantwoordelijk was, en de GGD-arts geïnformeerd over de behandeling die klaagster door E. B. was geboden. De psychiater heeft gesteld dat hij het – gezien het feit dat hij als getuige en 'aanklager' nauw bij het geweldsincident betrokken was – niet verstandig achtte klaagster in het arrestencomplex zelf psychiatrisch te beoordelen. De professionele distantie die een onafhankelijk psychiater bij het beoordelen van een patiënt in acht behoort te nemen, was niet voldoende gewaarborgd, aldus

de psychiater. Op verzoek van de psychiater is daarom een psychiater van J. benaderd die klaagster diezelfde dag psychiatrisch heeft beoordeeld.
Deze psychiater heeft genoteerd dat hij een heldere, niet psychotische vrouw zag die zich blijvend suïcidaal uitte en manipulatief overkwam. Een dag later heeft de psychiater dit beeld in een telefoongesprek met klaagster, die inmiddels weer thuis was, bevestigd gezien.

4.9 Ter zitting heeft de psychiater toegelicht dat binnen E. B. een ieder op de hoogte was van het geweldsincident en de daarbij betrokken SPV'er en klaagster persoonlijk kende. Volgens de psychiater was de verontwaardiging na het incident groot. De hulpverleners begrepen niet hoe klaagster, waarvoor altijd goed was gezorgd, dit had kunnen doen. Teneinde te voorkomen dat gelet hierop onbewust onvoldoende verantwoorde zorg zou worden geboden, heeft de psychiater de onder 4.5 genoemde wekelijks steunende en structurerende therapie door een SPV'er, alsmede de mogelijkheid een beroep te doen op een SOR, BOR of MOR beëindigd. Op basis van de onafhankelijke beoordeling van de psychiater van J., welke hij door die psychiater telefonisch bevestigd had gezien, achtte de psychiater de toestand van klaagster niet dermate ernstig dat deze tijdelijke beëindiging van de reguliere zorg blijvende schade bij klaagster zou aanrichten. De aanmelding van klaagster voor het FACT-team van N. diende te bewerkstelligen dat de onderbreking hooguit enkele maanden zou voortduren.

4.10 Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat het incident dermate ernstig is, dat de psychiater er in de gegeven omstandigheden redelijkerwijze voor kon kiezen om de behandelrelatie met klaagster met onmiddellijke ingang af te bouwen. De wijze waarop hij dat heeft gedaan was zorgvuldig. Bij het nemen van voornoemde beslissing tot de beëindiging van reguliere zorg heeft de psychiater alternatieve zorg geregeld voor het geval, ondanks de medische inschatting die van de toestand van klaagster was gemaakt, acuut medisch ingrijpen noodzakelijk zou zijn. Tot het moment dat het FACT-team van N. de behandeling zou overnemen, kon klaagster een beroep doen op de crisisdienst van E. B. Ook de mogelijkheid gebruik te maken van een TOR bleef tot dat moment gehandhaafd. Waar mogelijk bleef de reguliere zorg bestaan. De farmacotherapie, waarvan als onweersproken vast staat dat deze een belangrijk onderdeel van de behandeling vormde, werd overgenomen door de huisarts met de mogelijkheid op de psychiater terug te vallen. De ambulante psychiatrische zorg die klaagster door de Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen (hierna: RIBW) wekelijks werd geboden, werd voortgezet, waarmee in een dagstructuur voor klaagster was voorzien. Ook de wekelijkse ondersteuning door een verpleegkundige van de Thuiszorg van klaagster voor het behandelen van haar wonden en het structuren van haar dag, liep onverkort door.

4.11 Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat voornoemd handelen van de psychiater de toets aan de hiervoor weergegeven criteria met vrucht kan doorstaan. De psychiater diende binnen een redelijke termijn te handelen na een ernstig geweldsincident, waarbij hijzelf zowel in zijn hoedanigheid als directeur Zorg Regio Q. als in zijn hoedanigheid van behandelaar van klaagster nauw betrokken was. De psychiater heeft alternatieve zorg geregeld en aannemelijk gemaakt dat hij in deze moeilijke situatie weloverwogen beslissingen heeft genomen. Hij heeft deze goed kunnen beargumenteren, waarbij duidelijk is geworden dat hij de belangen van klaagster voldoende in ogenschouw heeft genomen. Het Centraal Tuchtcollege is daarom, anders dan het Regionaal Tuchtcollege, van oordeel dat de psychiater heeft gehandeld met de zorgvuldigheid die als redelijk bekwaam beroepsuitoefenaar van hem had mogen worden verwacht. Van tuchtrechtelijke verwijtbaar handelen is geen sprake. Dat het handelen van klaagster geschiedde onder invloed van een hallucinatie in het kader van haar stoornis is pas later gebleken, en is in het onderhavige geval bovendien onvoldoende zwaarwegend voor een ander oordeel. De bestreden beslissing kan niet in stand blijven. De inleidende klacht zal, voor zover aan het oordeel van het Centraal Tuchtcollege onderworpen, alsnog worden verworpen.

4.12 Om redenen aan het algemeen belang ontleend, zal de publicatie van deze beslissing worden gelast.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
vernietigt de beslissing waarvan hoger beroep, voor zover aan
het oordeel van het Centraal Tuchtcollege onderworpen
en opnieuw rechtdoende:
verklaart de inleidende klacht van klaagster alsnog ongegrond en wijst deze af;
bepaalt dat de beslissing zal worden bekend gemaakt in de Staatscourant, en zal worden aangeboden aan de tijdschriften Medisch Contract, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Jurisprudentie verplichte ggz met het verzoek tot plaatsing.
Deze beslissing is gegeven door: mr. E.J. van Sandick, voorzitter, mr. J.P. Fokker en mr. J.M.T. van der Hoeven-Oud, leden-juristen en prof. dr. P.P.G. Hodiamont en drs. M. Drost, leden-beroepsgenoten en



mr. A. Mul secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 19 mei 2015.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.